

АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



ANNALS OF SURGICAL HEPATOLOGY
ANNALY KHIRURGICHESKOY GERATOLOGII

© МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
“АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ”

2016. Том 21, № 3

Научно-практический журнал
Основан в 1996 г.
Регистр. № ПИ № ФС77-19824

Президент журнала **Э.И. Гальперин** (Москва, Россия)
Главный редактор **Т.Г. Дюжева** (Москва, Россия)
Зам. главного редактора **В.А. Вишневский** (Москва, Россия)
Зам. главного редактора **П.С. Ветшев** (Москва, Россия)
Зам. главного редактора **М.В. Данилов** (Москва, Россия)
Отв. секретарь, научный редактор **С.П. Ветшев** (Москва, Россия)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ахаладзе Г.Г. (Москва, Россия)
Ахмедов С.М. (Душанбе, Таджикистан)
Баймаханов Б.Б. (Алматы, Казахстан)
Буриев И.М. (Москва, Россия)
Готье С.В. (Москва, Россия)
Емельянов С.И. (Москва, Россия)
Кармазановский Г.Г. (Москва, Россия)
(зам. главного редактора –
распорядительный директор)
Ким Э.Ф. (Москва, Россия)
Котовский А.Е. (Москва, Россия)
Кубышкин В.А. (Москва, Россия)
Мамакеев М.М. (Бишкек, Киргизия)

Манукьян Г.В. (Москва, Россия)
Назыров Ф.Г. (Ташкент, Узбекистан)
Ничитайло М.Е. (Киев, Украина)
Панченков Д.Н. (Москва, Россия)
Патютко Ю.И. (Москва, Россия)
Третьяк С.И. (Минск, Беларусь)
Тулин А.И. (Рига, Латвия)
Хабиб Наги (Лондон, Великобритания)
Цвиркун В.В. (Москва, Россия)
Шаповальянц С.Г. (Москва, Россия)
Шулутко А.М. (Москва, Россия)
Эдвин Бьёрн (Осло, Норвегия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Багненко С.Ф. (Санкт-Петербург, Россия), **Беззубов Б.Х.** (Бишкек, Киргизия), **Бебуришвили А.Г.** (Волгоград, Россия),
Бородач А.В. (Новосибирск, Россия), **Вафин А.З.** (Ставрополь, Россия), **Винник Ю.С.** (Красноярск, Россия),
Власов А.П. (Саранск, Россия), **Гранов А.М.** (Санкт-Петербург, Россия), **Заривчацкий М.Ф.** (Пермь, Россия),
Каримов Ш.И. (Ташкент, Узбекистан), **Красильников Д.М.** (Казань, Россия), **Лупальцев В.И.** (Харьков, Украина),
Полуэктов В.Л. (Омск, Россия), **Прудков М.И.** (Екатеринбург, Россия), **Сейсембаев М.А.** (Алматы, Казахстан),
Совцов С.А. (Челябинск, Россия), **Тимербулатов В.М.** (Уфа, Россия), **Чугунов А.Н.** (Казань, Россия), **Штофин С.Г.**
(Новосибирск, Россия)

Зав. редакцией **Платонова Л.В.**

Журнал включен ВАК РФ в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Журнал включен в Russian Science Citation Index (RSCI) на платформе Web of Science

Адрес для корреспонденции:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ им. С.С. Юдина. Проф. Дюжевой Т.Г.
Тел./факс (499) 782-34-68. E-mail: ashred96@mail.ru
<http://www.hepatoassociation.ru/journal>

ООО “Видар” 109028, Москва, а/я 16.

Контакты: (495) 768-04-34, (495) 589-86-60, <http://www.vidar.ru>

Подписной индекс по каталогу “Роспечати” 47434

СОДЕРЖАНИЕ

Требования к публикациям 5

**ПОРТОВЕНОЗНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ
В ХИРУРГИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ**Богдан Николаевич Котив –
редактор раздела 8

От редактора раздела 10

**Предоперационная эмболизация воротной вены
в комбинированном лечении злокачественных
новообразований печени***Котив Б.Н., Алентьев С.А., Дзидзава И.И.,
Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Слободяник А.В.,
Мужаровский А.Л., Свеклов Д.А.* 12**Предоперационная эмболизация воротной вены
и химиоэмболизация печеночной артерии
в комбинированном лечении пациентов
со злокачественными опухолями печени***Гранов Д.А., Поликарпов А.А.,
Сергеев В.И., Таразов П.Г.* 20**Современные методы стимуляции викарной
гипертрофии фрагмента печени перед обширной
резекцией: оценка эффективности
и пути улучшения результатов***Загайнов Е.М., Серегин А.А., Зайцев А.И.,
Комаров Д.В., Шарабрин Е.Г.,
Рыхтик П.И., Кукош В.М., Загайнов В.Е.* 25**Применение КТ-волюметрии и клиренс-теста
с индоцианином зеленым для определения
показаний к предоперационной эмболизации
воротной вены***Дзидзава И.И., Слободяник А.В.,
Кудрявцева А.В., Железняк И.С., Котив Б.Н.,
Алентьев С.А., Лазуткин М.В., Солдатов С.А.* 34**Хирургические методы профилактики печеночной
недостаточности после обширной резекции печени***Мелехина О.В., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б.,
Цвиркун В.В., Кулезнёва Ю.В.,
Старостина Н.С., Ким П.П.,
Казаков И.В., Ванькович А.Н.* 47**Эмболизация воротной вены и ALPPS
как хирургические методы профилактики
пострезекционной печеночной недостаточности***Шерба А.Е., Ефимов Д.Ю.,
Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Руммо О.О.* 56**ПЕЧЕНЬ****Магнитно-резонансная томография в диагностике
очаговых поражений печени***Багненко С.С., Труфанов Г.Е.,
Железняк И.С.* 64**Новые возможности прогнозирования
пострезекционной печеночной недостаточности***Тупикин К.А., Коваленко Ю.А.,
Вишневецкий В.А.* 70**ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА****Поперечная лапаротомия при лечении
инфицированного панкреонекроза***Русинов В.М., Патласов А.В., Бахтин В.А.* 75**Хирургическое лечение и морфологические
аспекты дуоденальной дистрофии***Кригер А.Г., Паклина О.В., Смирнов А.В.,
Берелавичус С.В., Горин Д.С.,
Кармазановский Г.Г., Калинин Д.В.* 83**ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ****Хирургическое лечение билиобилиарных
и билиодигестивных свищей***Воробей А.В., Орловский Ю.Н.,
Вижинис Е.И., Шулейко А.Ч.* 92**Эндобилиарные вмешательства чреспузырным
доступом в этапном миниинвазивном лечении
осложненной желчнокаменной болезни***Охотников О.И., Яковлева М.В.,
Пахомов В.И.* 101**Внутрипротоковая фотодинамическая терапия
при воротной холангиокарциноме
у неоперабельных больных***Долгушин Б.И., Сергеева О.Н., Францев Д.Ю.,
Кукушкин А.В., Панов В.О., Вирике Э.Р.,
Косырев В.Ю., Черкасов В.А., Трофимов И.А.,
Чистякова О.В., Мороз Е.А., Погребняков И.В.,
Шишкина Н.А.* 106**КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ****Синдром Мириззи – варибельность течения
с двойным блоком желчеоттока***Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Салимов У.Р.* 119**ХРОНИКА****Отчет о научно-практической конференции
"Портоэмболизация, лигирование воротной вены,
ALPPS. За и против". Резолюция конференции
20 ноября 2015 г., Московский клинический
научный центр** 124**РЕФЕРАТЫ ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ****Рефераты иностранных журналов***Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.* 126**ЮБИЛЕЙ****К 85-летию юбилею****Эдуарда Израилевича Гальперина** 131**Светлана Николаевна Стяжкина** 134

*Портовенная эмболизация в хирургии
злокачественных новообразований печени*

Предоперационная эмболизация воротной вены в комбинированном лечении злокачественных новообразований печени

*Котив Б.Н.^{1,2}, Алентьев С.А.¹, Дзидзава И.И.², Ивануса С.Я.¹,
Лазуткин М.В.¹, Слободяник А.В.², Мужаровский А.Л.¹, Свеклов Д.А.²*

*¹Кафедра общей хирургии, ²кафедра госпитальной хирургии Военно-медицинской академии
им. С.М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации; 194044, г. Санкт-Петербург,
ул. Академика Лебедева, д. 6, Российская Федерация*

Цель. Повышение эффективности предоперационной эмболизации воротной вены как метода профилактики пострезекционной печеночной недостаточности после обширных резекций печени.

Материал и методы. В исследование включены 30 пациентов с изолированным опухолевым поражением печени, которым планировали обширную резекцию печени. Выполнено 33 процедуры предоперационной эмболизации воротной вены. В 23 наблюдениях выполнены механическая эмболизация и склерооблитерация правой ветви воротной вены, в 10 – масляная химиоэмболизация и механическая эмболизация правой ветви воротной вены. В 8 наблюдениях предоперационную эмболизацию воротной вены выполняли после масляной химиоэмболизации печеночной артерии. Трех пациентам проведена повторная предоперационная эмболизация воротной вены в связи с недостаточной гипертрофией остающейся паренхимы печени.

Результаты. Планируемый пострезекционный объем паренхимы печени после предоперационной эмболизации воротной вены увеличился в среднем на 41%. В 5 наблюдениях отмечен недостаточный прирост объема паренхимы. Гипертрофия оказалась недостаточной ввиду частичной реканализации эмболизированных ветвей воротной вены, развития множественных внутриворотных портальных коллатералей (в 3 наблюдениях эмболизат – гемостатическая губка), цирроза печени и 2 линий химиотерапии в анамнезе (2 наблюдения). В 3 наблюдениях повторно выполнена предоперационная эмболизация воротной вены с использованием частиц PVA и склерооблитерацией пеной этоксисклерола. Достигнута необходимая гипертрофия. Обширную резекцию печени выполнили 24 пациентам. Летальный исход после операции наступил в 2 наблюдениях. Частота послеоперационных осложнений у пациентов с предоперационной эмболизацией воротной вены и без нее не отличалась.

Заключение. Предоперационная эмболизация воротной вены – миниинвазивный метод, позволяющий увеличить планируемый объем остаточной паренхимы печени и подготовить пациента к обширной ее резекции без увеличения частоты последующих осложнений. Улучшение результатов процедуры может быть достигнуто совершенствованием метода (эмболизация ветви IV сегмента, использование пенной склерооблитерации, сочетание механической окклюзии и химиоэмболизации, сочетание предоперационной эмболизации воротной вены и химиоэмболизации печеночной артерии). Повторные процедуры эмболизации при недостаточном увеличении планируемого пострезекционного объема паренхимы позволяют в ряде наблюдений добиться необходимой гипертрофии печени.

Ключевые слова: *печень, эмболизация воротной вены, обширная резекция, печеночная недостаточность, гипертрофия, осложнения.*

Котив Богдан Николаевич – доктор мед. наук, профессор, заместитель начальника ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ. **Алентьев Сергей Александрович** – доктор мед. наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ. **Дзидзава Илья Игоревич** – доктор мед. наук, доцент, начальник кафедры госпитальной хирургии ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ. **Ивануса Сергей Ярославович** – доктор мед. наук, профессор, начальник кафедры общей хирургии ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ. **Лазуткин Максим Витальевич** – доктор мед. наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ. **Слободяник Александр Валерьевич** – канд. мед. наук, начальник хирургического отделения клиники госпитальной хирургии ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ. **Мужаровский Антон Леонидович** – аспирант кафедры общей хирургии ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ. **Свеклов Денис Алексеевич** – ассистент кафедры госпитальной хирургии ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ.

Для корреспонденции: Алентьев Сергей Александрович – 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Российская Федерация. Тел.: 8-911-916-76-04. E-mail: alentev@yandex.ru

Предоперационная эмболизация воротной вены и химиоэмболизация печеночной артерии в комбинированном лечении пациентов со злокачественными опухолями печени

Гранов Д.А., Поликарпов А.А., Сергеев В.И., Таразов П.Г.

Отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ “Российский научный центр радиологии и хирургических технологий” Министерства здравоохранения России (ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ); 197758, г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 70, Российская Федерация

Цель работы. Повышение эффективности лечения пациентов со злокачественными опухолями печени.

Материал и методы. В 27 наблюдениях по поводу злокачественных опухолей печени выполнили предоперационную механическую эмболизацию воротной вены без предварительной химиоэмболизации печеночной артерии (группа 1), 42 пациентам (группа 2) перед предоперационной эмболизацией воротной вены выполняли от 1 до 6 процедур химиоэмболизации печеночной артерии. Всем больным после эмболизации воротной вены была продолжена регионарная внутриартериальная противоопухолевая терапия вне зависимости от прогрессирования опухоли.

Результаты. У пациентов обеих групп предоперационная механическая эмболизация воротной вены привела к гипертрофии контрлатеральных отделов печени в среднем на 29,6%, до 30% от всего объема печени при нормальной функции органа и до 40% в более поздние сроки – при нарушенной. Всего было оперировано 38 (55%) пациентов: в группе 1 – 15 (55,6%), в группе 2 – 23 (55%). Среди 12 неоперированных больных из группы 1 внутripеченочное опухолевое прогрессирование было отмечено у 5 (18,2%) пациентов в течение 38–231 сут. Из 19 неоперированных пациентов группы 2 у 5 (11,9%) за период 49–837 сут также отмечено прогрессирование опухоли.

Заключение. Механическая эмболизация воротной вены с предварительной химиоэмболизацией печеночной артерии является эффективной комбинацией неoadьювантной терапии при злокачественных новообразованиях печени. Это сочетание позволяет в течение более длительного периода ожидать необходимую гипертрофию предполагаемых к оставлению отделов печени после предоперационной механической эмболизации воротной вены с достаточно малым риском внутripеченочного опухолевого прогрессирования у 11,9% пациентов по сравнению с 18,2% у больных без предварительной химиоэмболизации печеночной артерии.

Ключевые слова: печень, опухоли печени, предоперационная механическая эмболизация воротной вены, химиоэмболизация печеночной артерии, внутripеченочное прогрессирование, резекция печени.

Гранов Дмитрий Анатольевич – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАМН, руководитель (заместитель директора ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ) отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ. **Поликарпов Алексей Александрович** – доктор мед. наук, врач отделения ангиографии ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ. **Сергеев Владимир Иванович** – канд. мед. наук, научный сотрудник отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ. **Таразов Павел Гадельгараевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением ангиографии ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ.

Для корреспонденции: Сергеев Владимир Иванович – 191 119, г. Санкт-Петербург, ул. Марата, д. 66, кв. 17, Российская Федерация. Тел.: 8-911-223-67-03. E-mail: sergeyev_list@mail

Статья поступила в редакцию журнала 27.07.2016.

**Портовенозная эмболизация в хирургии
злокачественных новообразований печени**

Современные методы стимуляции викарной гипертрофии фрагмента печени перед обширной резекцией: оценка эффективности и пути улучшения результатов

*Загайнов Е.М.¹, Серегин А.А.¹, Зайцев А.И.¹, Комаров Д.В.¹,
Шарабрин Е.Г.^{1,2}, Рыхтик П.И.¹, Кукош В.М.¹, Загайнов В.Е.^{1,2}*

¹ ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства России, 603109, г. Нижний Новгород, ул. Ильинская, д. 14, Российская Федерация

² ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, 603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1, Российская Федерация

Цель. Оценить эффективность современных методов стимуляции викарной гипертрофии остающейся после обширной резекции части печени и уменьшение риска послеоперационной печеночной недостаточности.

Материал и методы. Методы программированной стимуляции викарной гипертрофии печени применили 119 пациентам: лигирование и пересечение ветвей воротной вены – 76 (63,8%), рентгенэндоваскулярную эмболизацию ветвей воротной вены – 21 (17,6%), рентгенэндоваскулярную эмболизацию воротной вены с химиоэмболизацией печеночной артерии – 15 (12,7%), *split in situ* резекцию – 7 (5,9%). Измерение объема остающегося фрагмента печени осуществляли с помощью КТ, МРТ и (или) УЗИ до и через 2–4 нед после окклюзии ветвей воротной вены.

Результаты. По данным КТ (МРТ) объем остающейся части печени увеличился на 28,4–48,7% (в среднем на $38,9 \pm 5,5\%$). Оперировано 72 (60,5%) пациента: правосторонняя или расширенная правосторонняя гемигепатэктомия выполнена 49 (68%) пациентам, атипичная резекция печени – 21 (29,2%). Осложнения после резекции развились у 16 (22%) пациентов. Летальность от пострезекционной печеночной недостаточности составила 2,8%. Ввиду недостаточного прироста фрагмента печени, новых метастазов в печени или местного рецидива опухоли резекцию печени не провели 47 (39,5%) больным.

Заключение. Предоперационная программированная стимуляция фрагмента печени является перспективной и позволяет увеличить число операбельных больных и уменьшить риск послеоперационной печеночной недостаточности. Хирургические и эндоваскулярные методы дооперационной стимуляции гипертрофии печени являются технически выполнимыми и безопасными.

Ключевые слова: печень, викарная гипертрофия, перевязка воротной вены, эмболизация, резекция печени, осложнения, резектабельность.

Загайнов Егор Михайлович – врач-специалист по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению, ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Клиническая больница №1. **Серегин Андрей Анатольевич** – заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Клиническая больница №1. **Зайцев Алексей Иванович** – врач-специалист по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению, ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Клиническая больница №1. **Комаров Дмитрий Владимирович** – канд. мед. наук, врач-хирург, ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Клиническая больница №1. **Шарабрин Евгений Георгиевич** – доктор мед. наук, врач-специалист по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Клиническая больница №1; профессор кафедры лучевой диагностики факультета повышения квалификации врачей, ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России. **Рыхтик Павел Иванович** – канд. мед. наук, главный специалист по лучевой диагностике ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Клиническая больница №1. **Кукош Валентин Михайлович** – врач-хирург, ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Клиническая больница №1. **Загайнов Владимир Евгеньевич** – доктор мед. наук, главный специалист по хирургии ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Клиническая больница №1, заведующий кафедрой хирургических болезней ФОИС, ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России.

Для корреспонденции: Загайнов Владимир Евгеньевич – 603109, г. Нижний Новгород, ул. Ильинская, д. 14, Российская Федерация. Тел.: +7-951-906-65-43. E-mail: zagainov@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 27.07.2016.

Применение КТ-волюметрии и клиренс-теста с индоцианином зеленым для определения показаний к предоперационной эмболизации воротной вены

*Дзидзава И.И.¹, Слободяник А.В.¹, Кудрявцева А.В.³, Железняк И.С.³,
Котив Б.Н.^{1,2}, Алентьев С.А.², Лазуткин М.В.², Солдатов С.А.¹*

¹Кафедра госпитальной хирургии, ²кафедра общей хирургии, ³кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики, ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова" Министерства обороны Российской Федерации; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Российская Федерация

Цель. На основании результатов КТ-волюметрии и клиренса индоцианина зеленого как факторов прогноза пострезекционной печеночной недостаточности уточнить показания к предоперационной эмболизации воротной вены.

Материал и методы. Анализировали результаты 179 резекций печени: 128 различных гемигепатэктомий и 51 секционэктомии. В 24 наблюдениях применяли предоперационную эмболизацию воротной вены. Для количественной оценки функции печени выполняли клиренс-тест с индоцианином зеленым. Определяли скорость плазменной элиминации и остаточную концентрацию на 15-й минуте. Для расчета планируемого пострезекционного объема печени использовали КТ-волюметрию. Степень тяжести пострезекционной печеночной недостаточности оценивали в соответствии с рекомендациями Международной исследовательской группы по хирургии печени (ISGLS) и с учетом критериев "50–50".

Результаты. Частота пострезекционной печеночной недостаточности при обширных резекциях составила 42,5%: степень А – 38,7%; степень В – 41,9%, степень С – 19,4%. Планируемый пострезекционный объем как предиктор послеоперационной печеночной недостаточности характеризовался умеренной прогностической силой (c -statistic = 0,71, p = 0,04) с чувствительностью и специфичностью 84,6 и 61% соответственно. Показатели элиминации индоцианина зеленого были достоверно хуже у больных хроническим заболеванием печени или после повторных курсов полихимиотерапии: скорость плазменной элиминации индоцианина зеленого составила 15,6%/мин по сравнению с 18,6%/мин (p = 0,004), остаточная концентрация индоцианина зеленого на 15-й минуте – 19,6% по сравнению с 6,1% (p = 0,003). Клиренс-тест с индоцианином зеленым характеризовался чувствительностью 92,3% и специфичностью 71,4% в определении функционального потенциала печени, а также превосходной прогностической силой (c -statistic = 0,82; p = 0,0001) в предопределении пострезекционной печеночно-клеточной недостаточности. Факторами риска печеночной недостаточности после обширных резекций признаны планируемый пострезекционный объем <372 см³/м² и скорость плазменной элиминации индоцианина зеленого <10%/мин. Показанием к предоперационной эмболизации воротной вены является будущий фрагмент печени <372 см³/м² при скорости элиминации индоцианина зеленого >15%/мин или скорость плазменной элиминации индоцианина зеленого >10%/мин, но менее 15%/мин при планируемом пострезекционном объеме <550 см³/м². Применение этих критериев позволило уменьшить частоту пострезекционной печеночной недостаточности (25,6%) и исключить развитие ее тяжелых форм.

Заключение. Планируемый пострезекционный объем печени по данным КТ-волюметрии и параметры клиренс-теста с индоцианином зеленым являются высокочувствительными методами прогнозирования послеоперационной печеночно-клеточной недостаточности. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма с уточненными показаниями к предоперационной эмболизации воротной вены позволяет уменьшить частоту пострезекционной печеночной недостаточности.

Ключевые слова: печень, резекция, эмболизация воротной вены, печеночная недостаточность, КТ-волюметрия, объем печени, функциональные тесты, индоцианин зеленый.

Дзидзава Илья Игоревич – доктор мед. наук, доцент, начальник кафедры (клиники) госпитальной хирургии, ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова" Минобороны РФ. **Слободяник Александр Валерьевич** – канд. мед. наук, начальник хирургического отделения клиники кафедры госпитальной хирургии, ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова" Минобороны РФ. **Кудрявцева Анна Владимировна** – канд. мед. наук, заведующая рентгеновским отделением (компьютерная томография) кафедры рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики, ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова" Минобороны РФ.

Железняк Игорь Сергеевич – доктор мед. наук, начальник кафедры рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики, ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ. **Котив Богдан Николаевич** – доктор мед. наук, профессор, заместитель начальника академии по учебной и научной работе, ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ. **Алентьев Сергей Александрович** – доктор мед. наук, доцент кафедры общей хирургии, ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ. **Лазуткин Максим Витальевич** – доктор мед. наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ. **Солдатов Сергей Анатольевич** – старший ординатор хирургического отделения клиники кафедры госпитальной хирургии, ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” Минобороны РФ.

Для корреспонденции: Дзидзава Илья Игоревич – 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Российская Федерация. Тел.: 8-911-247-39-23. E-mail: dzidzava@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 06.08.2016.

Хирургические методы профилактики печеночной недостаточности после обширной резекции печени

Мелехина О.В.¹, Ефанов М.Г.², Алиханов Р.Б.², Цвиркун В.В.³, Кулезнёва Ю.В.¹,
Старостина Н.С.¹, Ким П.П.², Казаков И.В.², Ванькович А.Н.²

¹ Отдел лучевых методов диагностики и лечения, ² отдел гепатопанкреатобилиарной хирургии,
ГБУЗ “Московский клинический научный центр” Департамента здравоохранения г. Москвы;
111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86, Российская Федерация

³ ГБУЗ “Московский клинический научный центр” Департамента здравоохранения г. Москвы;
111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86, Российская Федерация

Цель. Анализ первого опыта различных хирургических методов профилактики пострезекционной печеночной недостаточности после обширной резекции печени при прогнозируемом малом объеме будущего фрагмента печени.

Материал и методы. Для профилактики пострезекционной печеночной недостаточности у 31 пациента с прогнозируемым малым будущим фрагментом печени применяли различные варианты двухэтапных вмешательств. Портовенозную эмболизацию с последующей обширной резекцией печени выполнили в 23 наблюдениях, ALPPS – в 1, миниинвазивные методы ALPPS с частичной радиочастотной деструкцией паренхимы печени в плоскости будущей резекции без разделения паренхимы (RALPPS) с портовенозной эмболизацией – в 5, лигирование правой долевой воротной вены – в 2.

Результаты. При ALPPS прирост объема будущего фрагмента печени составил 71%, однако в связи с тяжелыми осложнениями и летальным исходом метод в дальнейшем не применяли. Сроки достижения гипертрофии будущего фрагмента печени после первого этапа RALPPS – 14 дней, после портовенозной эмболизации – 29 дней ($p < 0,05$). Средний прирост объема будущего фрагмента печени после RALPPS составил 66,3%, после портовенозной эмболизации – 27,2%. Прогрессирование заболевания после портовенозной эмболизации отмечено у 7 (30%) пациентов, после RALPPS – у 2 (29%; $p > 0,05$). Прогрессирование не повлияло на выполнение второго этапа RALPPS (100%) в отличие от портовенозной эмболизации (70%). Печеночная недостаточность после обширной резекции печени по ISGLS развилась у 7 (26%) пациентов: после предшествующей портовенозной эмболизации – у 5 (22%) (степень А и В), после ALPPS – у 1 (степень С), после RALPPS – у 1 (14%) (степень В) ($p > 0,05$). Осложнения II–V степени (Clavien–Dindo) после резекции с предварительной портовенозной эмболизацией развились у 8 (35%) пациентов, после второго этапа RALPPS – у 2 (22%; $p > 0,05$).

Заключение. Миниинвазивные варианты ALPPS обладают меньшей травматичностью, сопоставимой с портовенозной эмболизацией и последующей резекцией, обеспечивают более быстрый и выраженный прирост объема будущего фрагмента печени по сравнению с традиционными двухэтапными вмешательствами.

Ключевые слова: печень, резекция, печеночная недостаточность, ALPPS, двухэтапная резекция, осложнения, эмболизация.

Мелехина Ольга Вячеславовна – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела лучевых методов диагностики и лечения Московского клинического научного центра (МКНЦ). Ефанов Михаил Германович – доктор мед. наук, руководитель отдела гепатопанкреатобилиарной хирургии МКНЦ. Алиханов Руслан Богданович – канд. мед. наук, заведующий отделением гепатопанкреатобилиарной хирургии МКНЦ. Цвиркун Виктор Викторович – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник МКНЦ. Кулезнева Юлия Валерьевна – доктор мед. наук, профессор, руководитель отдела лучевых методов диагностики и лечения МКНЦ. Старостина Наталья Сергеевна – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела лучевых методов диагностики и лечения МКНЦ. Ким Павел Петрович – научный сотрудник отделения гепатопанкреатобилиарной хирургии МКНЦ. Казаков Иван Вячеславович – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения гепатопанкреатобилиарной хирургии МКНЦ. Ванькович Андрей Николаевич – научный сотрудник отделения гепатопанкреатобилиарной хирургии МКНЦ.

Для корреспонденции: Ефанов Михаил Германович – 111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86, Российская Федерация. Тел.: 8-916-105-88-30. E-mail: m.efanov@mknc.ru

Статья поступила в редакцию журнала 27.07.2016.

*Портовенозная эмболизация в хирургии
злокачественных новообразований печени*

Эмболизация воротной вены и ALPPS как хирургические методы профилактики пострезекционной печеночной недостаточности

Щерба А.Е., Ефимов Д.Ю., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Руммо О.О.

Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей, учреждение здравоохранения “9-я городская клиническая больница” г. Минска; 220045, г. Минск, ул. Семашко, д. 8, Республика Беларусь

Цель. Оценить ближайшие и отдаленные результаты эмболизации воротной вены и ALPPS в профилактике пострезекционной печеночной недостаточности.

Материал и методы. С 2008 по 2016 г. выполнено 358 резекций печени. Обширная резекция (≥ 4 сегментов) выполнена у 132 (36,9%) больных. Холангиоцеллюлярная карцинома диагностирована у 48 (36,4%) пациентов, гепатоцеллюлярная карцинома – у 23 (17,4%), метастазы колоректального рака – у 19 (14,4%), паразитарные болезни печени (эхинококкоз, альвеококкоз) – у 31 (23,5%), другие заболевания – у 11 (8,3%). Сосудистая резекция была выполнена 42 (31,8%) больным, резекция общего желчного и (или) общего печеночного протока – 76 (57,6%). Анализу подвергли группу пациентов, перенесших обширную резекцию печени: ALPPS – 6 наблюдений, двухэтапные резекции с эмболизацией воротной вены – 41 пациент (исследуемая группа), обширная резекция печени без эмболизации воротной вены – 85 пациентов (группа контроля). Показанием к дооперационной эмболизации воротной вены считали $FLR/SLV < 31\%$. Частоту пострезекционной печеночной недостаточности оценивали по критериям ISGLS.

Результаты. Эмболизация воротной вены была эффективна у 41 (66,1%) пациента, относительный прирост остаточного объема печеночной ткани составил 52% (33,3; 61), средний срок – 5 (4,0; 6,5) нед. По результатам ALPPS в срок 11 (7; 17) дней удалось добиться относительного увеличения FLR на 70% (60; 77), в 1 наблюдении эффективного прироста не было (FLR 30% за 24 дня). После обширной резекции печени клинически значимая (степень В и С) печеночная недостаточность развилась у 66 (50%) пациентов, инфекционные осложнения – у 39 (29,5%), билиарные осложнения – у 29 (21,9%), кровотечение (степень С по ISGLS) – у 5 (3,8%). Госпитальная летальность составила 8,3%. Применение эмболизации воротной вены позволило уменьшить частоту пострезекционной печеночной недостаточности степени С (7,3 и 20%; $p = 0,07$).

Заключение. Двухэтапный подход к резекции печени с эмболизацией или лигированием воротной вены на первом этапе позволяет уменьшить частоту пострезекционной печеночной недостаточности. Для определенной группы пациентов ALPPS является единственным способом, позволяющим выполнить радикальную операцию и сохранить необходимый объем печеночной паренхимы, но с непредсказуемыми отдаленными результатами.

Ключевые слова: *печень, резекция, печеночная недостаточность, двухэтапное лечение, ALPPS, эмболизация, лигирование.*

Щерба Алексей Евгеньевич – канд. мед. наук, доцент, заведующий отделом трансплантологии и гепатобилиарной хирургии Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей. **Ефимов Денис Юрьевич** – врач-хирург Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей. **Кирковский Леонид Валерьевич** – канд. мед. наук, врач-хирург Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей. **Юрлевич Дмитрий Иосифович** – заведующий отделением рентгенэндоваскулярной хирургии Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей. **Руммо Олег Олегович** – доктор мед. наук, профессор, руководитель Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей.

Для корреспонденции: Руммо Олег Олегович – 220045, Минск, ул. Семашко, д. 8, Беларусь. Тел.: +375-29-198-28-33. E-mail: olegrumm@tut.by

Статья поступила в редакцию журнала 08.08.2016.

Магнитно-резонансная томография в диагностике очаговых поражений печени

Багненко С.С., Труфанов Г.Е., Железняк И.С.

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны РФ,
кафедра рентгенологии и радиологии с курсом ультразвуковой диагностики;
194044, г. Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6, Российская Федерация

Цель. Определить эффективность основных методик магнитно-резонансной томографии в дифференциальной диагностике очаговых новообразований печени.

Материал и методы. Обследовано 256 пациентов, у которых обнаружили 414 новообразований печени. Сканирование выполняли на высокопольных томографах Magnetom Symphony и Magnetom Sonata (Siemens) 1,5 Тл.

Результаты. Эффективность традиционного исследования без применения контрастных препаратов невысока, эффективность построенной математической модели 58%. Основа дифференциальной диагностики большинства нозологических форм – динамическое контрастное усиление, эффективность модели 67%. Наибольшими возможностями обладает исследование с применением гепатотропного контрастного препарата, эффективность модели 80%. Магнитно-резонансная диффузия – эффективный способ отображения очаговых поражений печени, однако его возможности в дифференциальной диагностике ограничены.

Заключение. Магнитно-резонансная томография является эффективным методом выявления и дифференциальной диагностики очаговых поражений печени.

Ключевые слова: печень, магнитно-резонансная томография, контрастное усиление, гепатоцеллюлярный рак, гемангиома, киста, метастаз, холангиоцеллюлярный рак, гепатотропный контрастный препарат.

Багненко Сергей Сергеевич – доктор мед. наук, доцент кафедры рентгенологии и радиологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. **Труфанов Геннадий Евгеньевич** – доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры рентгенологии и радиологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. **Железняк Игорь Сергеевич** – доктор мед. наук, начальник кафедры рентгенологии и радиологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

Для корреспонденции: Багненко Сергей Сергеевич – 194044 Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6.
Тел.: +7-905-217-79-47. E-mail: bagnenko_ss@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 11.02.2016.

Новые возможности прогнозирования пострезекционной печеночной недостаточности

Тупикин К.А., Коваленко Ю.А., Вишневский В.А.

ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения РФ, 117997,
г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27, Российская Федерация

Цель. Разработать новый способ прогнозирования пострезекционной печеночной недостаточности до и в ранние сроки после операции.

Материал и методы. На основании опыта 286 больших резекций печени был определен диагностически значимый набор показателей для определения вероятности развития пострезекционной печеночной недостаточности. С учетом вычисленной значимости каждого из показателей создана прогностическая многофакторная балльная шкала. Для оценки результата прогнозирования использовали определение пострезекционной печеночной недостаточности и ее классов, принятое Международной исследовательской группой по хирургии печени (International Study Group of Liver Surgery).

Результаты. Получена формула для расчета вероятности развития печеночной недостаточности после резекции печени. В зависимости от значений вычисленного критерия определена вероятность развития различных классов печеночной недостаточности.

Заключение. Создание многофакторных моделирующих систем является перспективным для определения прогноза пострезекционной печеночной недостаточности, позволяющим определить тактику лечения конкретного больного.

Ключевые слова: печень, резекция, пострезекционная печеночная недостаточность, прогноз, прогностическая шкала.

Тупикин Кирилл Алексеевич – аспирант отделения абдоминальной хирургии №2 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”. **Коваленко Юрий Алексеевич** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №2 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”. **Вишневский Владимир Александрович** – доктор мед. наук, профессор, лауреат Государственной премии и премии Правительства РФ, заслуженный деятель науки, руководитель отделения абдоминальной хирургии №2 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского”.

Для корреспонденции: Тупикин Кирилл Алексеевич – 140070, Московская обл., Люберецкий р-н, п. Томилино, ул. Гоголя, д. 54, корп. 1, кв. 67, Российская Федерация. Тел.: 8-909-382-42-34. E-mail: tpkir-nv@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 23.06.2016.

Поперечная лапаротомия при лечении инфицированного панкреонекроза

Русинов В.М., Патласов А.В., Бахтин В.А.

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ; 610998, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112, Российская Федерация

Цель. Сравнить результаты поперечной и срединной лапаротомии в лечении инфицированного панкреонекроза, оценить безопасность и адекватность дренирования из поперечного доступа.

Материал и методы. Анализировали результаты лечения 47 больных инфицированным панкреонекрозом. В 13 наблюдениях выполнили поперечную лапаротомию (1-я группа), в 34 – срединную лапаротомию (2-я группа). В группе 1 сшивали передний и задний листки влагалищ прямых мышц живота обоих краев поперечного разреза. Оментобурсостому формировали подшиванием рассеченной желудочно-ободочной связки к краям сшитых влагалищ прямых мышц. Сравнивали интраоперационную кровопотерю, послеоперационные осложнения, сроки пребывания в палате интенсивной терапии и в стационаре после операции, летальность.

Результаты. Всем пациентам выполнена некрсеквестрэктомия. В 1-й группе в 12 (92,3%) наблюдениях сформирована оментобурсостома, во 2-й группе – в 22 (64,7%); у 12 (35,3%) больных 2-й группы оментобурсостому не формировали. Кровопотеря во время операции была меньше в 1-й группе – $178,0 \pm 31,2$ мл по сравнению с $317,1 \pm 38,7$ мл во 2-й группе ($p < 0,05$). Гнойные осложнения вне зоны операции развивались достоверно реже в 1-й группе (7,7% и 41,2% соответственно; $p < 0,05$). Частота формирования панкреатических и желчных свищей – 1 (7,7%) и 13 (38,3%) соответственно ($p < 0,05$). Продолжительность пребывания в палате интенсивной терапии составила $5,2 \pm 1,6$ и $11,4 \pm 1,8$ дня соответственно ($p < 0,05$). Умерли 2 (15,4%) больных в 1-й группе и 12 (35,2%) во 2-й группе.

Заключение. Некрсеквестрэктомия при инфицированном панкреонекрозе, выполненная из поперечной лапаротомии, сопровождается меньшей кровопотерей, меньшим числом осложнений и позволяет адекватно выполнить дренирование, что уменьшает сроки пребывания в палате интенсивной терапии.

Ключевые слова: поджелудочная железа, острый панкреатит, панкреонекроз, поперечная лапаротомия.

Русинов Владимир Михайлович – канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия». **Патласов Алексей Вячеславович** – аспирант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия». **Бахтин Вячеслав Андреевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия».

Для корреспонденции: Русинов Владимир Михайлович – 610002, г. Киров, ул. Володарского, д. 159, кв. 17, Российская Федерация. Тел.: 8332-67-66-65. E-mail: kirovliver@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 27.01.2016.

Хирургическое лечение и морфологические аспекты дуоденальной дистрофии

Кригер А.Г., Паклина О.В., Смирнов А.В., Берелавичус С.В.,
Горин Д.С., Кармазановский Г.Г., Калинин Д.В.

ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” Министерства здравоохранения РФ,
115093, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27, Российская Федерация

Цель. Изучить патогенез кистозно-воспалительной трансформации стенки двенадцатиперстной кишки при хроническом панкреатите, описываемой как “дуоденальная дистрофия”, и оптимизировать диагностику и хирургическое лечение.

Материал и методы. Обследовано 532 больных хроническим панкреатитом с 2004 по 2016 г. Дуоденальная дистрофия была диагностирована у 82 (15,4%) больных. Диагноз установлен по данным УЗИ, КТ, МРТ и эндо-УЗИ. Оперировано 74 пациента после консервативного лечения с медианой продолжительности 2 года. Панкреатодуоденальная резекция выполнена 34 больным, органосохраняющие операции – 35 больным: различные варианты резекции двенадцатиперстной кишки – 21 пациенту, резекция головки поджелудочной железы в различных модификациях – 15. Паллиативные операции выполнены 4 больным. Диагноз хронического панкреатита и дуоденальной дистрофии верифицирован морфологическим исследованием операционного материала. Не оперированы и находятся под наблюдением 8 больных. Отдаленные результаты лечения изучены у 47 человек, медиана наблюдения составила 49,9 мес.

Результаты. При гистологическом исследовании дуоденальная дистрофия в 69,9% наблюдений ассоциирована с бороздчатым панкреатитом, эктопия ткани поджелудочной железы выявлена в 30,1% наблюдений. Дуоденальная дистрофия сочеталась с хроническим панкреатитом в 92,6% наблюдений. Клинические проявления дуоденальной дистрофии не зависели от причины ее развития и манифестировали симптомокомплексом хронического панкреатита: боль отмечена у 98,8% больных, потеря массы тела – у 61,7%, нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки – у 35,8%, билиарная гипертензия – у 34,6% больных. Осложнения развились у 26 (35,6%) оперированных пациентов: после панкреатодуоденальной резекции – у 29,4% пациентов, после резекции двенадцатиперстной кишки – у 66,7% (1 летальный исход). Общая послеоперационная летальность составила 1,37%. При оценке отдаленных результатов полное исчезновение симптоматики отмечено у 66% больных, значительное улучшение – у 32%, отсутствие эффекта – у 2%.

Заключение. В большинстве наблюдений дуоденальная дистрофия ассоциирована с бороздчатым панкреатитом, реже – с эктопией ткани поджелудочной железы в стенку двенадцатиперстной кишки. В подавляющем большинстве наблюдений дуоденальная дистрофия развивается у больных хроническим панкреатитом. Лечение больных хроническим панкреатитом и дуоденальной дистрофией следует начинать с консервативной терапии. Хирургическое лечение показано при сохраняющейся боли и осложнениях хронического панкреатита, нарушении проходимости двенадцатиперстной кишки. Операциями выбора являются панкреатодуоденальная резекция, резекция головки поджелудочной железы.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа, дуоденальная дистрофия, бороздчатый панкреатит, хронический панкреатит, морфология, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

Кригер Андрей Германович – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением абдоминальной хирургии №1 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ. **Паклина Оксана Владимировна** – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории электронной микроскопии отдела патологоанатомической анатомии ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ; заведующая патологоанатомическим отделением Городской клинической больницы им. С.П. Боткина ДЗ г. Москвы. **Смирнов Александр Вячеславович** – аспирант ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ. **Берелавичус Станислав Валерьевич** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ. **Горин Давид Семенович** – канд. мед. наук, научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ. **Кармазановский Григорий Григорьевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделом лучевых методов диагностики и лечения ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ. **Калинин Дмитрий Валерьевич** – канд. мед. наук, заведующий патологоанатомическим отделением ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

Для корреспонденции: Смирнов Александр Вячеславович – 115093, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27, Российская Федерация. Тел.: +7-926-204-81-48. E-mail: alvsmirnov@mail.ru

Хирургическое лечение билиобилиарных и билиодигестивных свищей

Воробей А.В., Орловский Ю.Н., Вижинис Е.И., Шулейко А.Ч.

Белорусская медицинская академия последипломного образования; 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, д. 3, корп. 3, Республика Беларусь

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии; 223041, Минская обл. и р-н, п. Лесной, д. 1, Республика Беларусь

Цель. Изучение результатов хирургического лечения при внутренних свищах желчных протоков.
Материал и методы. С 2000 по 2015 г. наблюдали 59 пациентов с внутренними свищами билиарного тракта: 36 пациентов с синдромом Мириizzi, 23 – с билиодигестивными свищами.
Результаты. Синдром Мириizzi I типа выявлен у 22 пациентов, II типа – у 12. В 9 наблюдениях выполнена лапароскопическая холецистэктомия (при I типе), в 25 – гепатикоеюностомия на петле тощей кишки, выделенной по Ру, в 4 – холедоходуоденоанастомоз. Из 23 пациентов с билиодигестивными свищами основным вариантом операции была ликвидация свища с пластикой полого органа, в 6 наблюдениях – билиодигестивный анастомоз. Трём пациентам оперативного лечения не потребовалось ввиду спонтанной реканализации свища.
Заключение. Синдром Мириizzi и билиодигестивные свищи являются редким и сложным заболеванием, сопровождающимся трудной ранней диагностикой. Хирургическая тактика в основном должна сводиться к выполнению реконструктивной операции.

Ключевые слова: желчные протоки, внутренний свищ, билиодигестивный свищ, холангиолитиаз, синдром Мириizzi.

Воробей Александр Владимирович – доктор мед. наук, профессор, член-корр. НАН Беларуси, заведующий кафедрой хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования, руководитель Республиканского центра реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии. **Орловский Юрий Николаевич** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования. **Вижинис Ежи Ионас** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования. **Шулейко Анатолий Чеславович** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования.

Для корреспонденции: Орловский Юрий Николаевич – 223053, Республика Беларусь, Минская обл. и р-н, д. Боровляны, ул. Первомайская, д. 52, корп. 1, кв. 16. Тел.: +375-296-37-46-68. E-mail: orl_doc@hotmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 22.02.2016.

Эндобилиарные вмешательства чреспузырным доступом в этапном миниинвазивном лечении осложненной желчнокаменной болезни

Охотников О.И.^{1,2}, Яковлева М.В.^{1,3}, Пахомов В.И.¹

¹ БМУ “Курская областная клиническая больница”, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2; 305007, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а, Российская Федерация

² Кафедра лучевой диагностики и терапии и ³ кафедра хирургических болезней ФПО ГБОУ ВПО “Курский государственный медицинский университет” Министерства здравоохранения РФ; 305001, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3, Российская Федерация

Цель. Улучшить результаты миниинвазивного лечения холедохолитиаза антеградными эндобилиарными вмешательствами чреспузырным доступом.

Материал и методы. Рентгенхирургический доступ в желчные протоки через пузырный проток был успешно осуществлен у 36 (70,6%) пациентов. Предварительно выполняли антеградную контактную литотрипсию и литэкстракцию для купирования острого обструктивного холецистита у пациентов с высокой степенью операционно-анестезиологического риска. Для катетеризации пузырного протока последовательно использовали различные манипуляционные ангиографические катетеры (5 Fr) и гидрофильные проводники (0,018", 0,025", 0,035"). Оптимальным для последующих манипуляций на общем желчном протоке считали интубацию пузырного протока соразмерным интродьюсером с рентгенконтрастной меткой.

Результаты. После трансвезикальной катетеризации общего желчного протока в 12 наблюдениях транспапиллярно были проведены наружновнутренний дренаж или направляющая струна для эндоскопической папиллотомии. В 24 наблюдениях выполнены антеградная дилатация большого сосочка двенадцатиперстной кишки баллонным катетером, дислокация фрагментов конкрементов и желчного сладжа в двенадцатиперстную кишку, а также антеградная баллонная ревизия дистального отдела общего желчного протока. Осложнений манипуляций не было.

Заключение. Трансвезикальный рентгенхирургический доступ в магистральные желчные протоки может с успехом использоваться как элемент технологии “рандеву” для антеградного транспапиллярного проведения проводника с последующим выполнением традиционного эндоскопического пособия. Метод позволяет осуществить баллонную дилатацию большого сосочка двенадцатиперстной кишки, наружновнутреннее дренирование общего желчного протока, а также дислокацию конкрементов общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку в клинически сложных ситуациях.

Ключевые слова: желчный пузырь, желчные протоки, рентгенэндобилиарные вмешательства, холангиостомия, дилатация, литотрипсия, литэкстракция, большой сосочек двенадцатиперстной кишки, наружновнутреннее дренирование.

Охотников Олег Иванович – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ “Курская областная клиническая больница”, профессор кафедры лучевой диагностики и терапии ГБОУ ВПО “КГМУ”. **Яковлева Марина Валерьевна** – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры хирургических болезней ФПО ГБОУ ВПО “КГМУ”, врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ “Курская областная клиническая больница”. **Пахомов Вадим Игоревич** – врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ “Курская областная клиническая больница”.

Для корреспонденции: Охотников Олег Иванович – 305047, г. Курск, ул. Ольшанского, д. 26а, кв. 75, Российская Федерация. Тел.: 8-910-740-20-92. E-mail: Oleg_Okhotnikov@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 26.02.2016.

Внутрипротоковая фотодинамическая терапия при воротной холангиокарциноме у неоперабельных больных

Долгушин Б.И.¹, Сергеева О.Н.¹, Францев Д.Ю.¹, Кукушкин А.В.¹, Панов В.О.², Вишке Э.Р.¹, Косырев В.Ю.¹, Черкасов В.А.¹, Трофимов И.А.¹, Чистякова О.В.³, Мороз Е.А.⁴, Погребняков И.В.¹, Шишкина Н.А.¹

¹ НИИ клинической и экспериментальной радиологии, лаборатория интервенционной радиологии,

² НИИ клинической и экспериментальной радиологии, рентгенодиагностическое отделение,

³ НИИ клинической онкологии, лаборатория клинической цитологии отдела патологической анатомии опухолей человека, ⁴ НИИ клинической онкологии, патологоанатомическое отделение отдела патологической анатомии опухолей человека, ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ; 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, Российская Федерация

Цель: изучить влияние внутрипротоковой фотодинамической терапии на продолжительность и качество жизни неоперабельных больных воротной холангиокарциномой (опухолью Клацкина).

Материал и методы. В 2008–2015 гг. проведено 118 сеансов (от 1 до 10, медиана 2,0) внутрипротоковой фотодинамической терапии 39 больным опухолью Клацкина (тип IV по Bismuth) 34–75 лет, не подлежащих хирургическому лечению. У всех больных было от 1 до 4 чрескожных чреспеченочных холангиостомических дренажей. Использовали фотосенсибилизаторы второго поколения (радахлорин, фотолон, фотодитазин), вводимые за 2–4 ч до воздействия лазером. Пошаговое облучение пораженных протоков осуществляли с помощью введенного под рентгентелевизионным контролем гибкого световода по разработанному в клинике оригинальному методу. Лазерное облучение проводили в импульсном режиме, дозу облучения подбирали индивидуально в зависимости от объема поражения протоков. Диагностику опухоли и динамический контроль осуществляли с помощью морфологического исследования, холангиографии и МРТ.

Результаты. Срок наблюдения составил 2–47 мес. Послеоперационной летальности не было. У 3 пациентов развились осложнения, потребовавшие мининвазивных вмешательств, – абсцессы печени ($n = 1$) и эмпиема желчного пузыря ($n = 2$). Внутрипротоковая фотодинамическая терапия позволила уменьшить частоту обострений холангита и улучшить качество жизни. Медиана выживаемости составила 16 мес (2–47 мес) от первого сеанса внутрипротоковой фотодинамической терапии и 31 мес (5–69 мес) со времени установления диагноза. Одно-, двух-, трех-, четырех-, пятилетняя актуальная выживаемость от момента установления диагноза составила 88, 68, 39, 14,8 и 5%.

Заключение. Внутрипротоковая фотодинамическая терапия представляется перспективным способом увеличения продолжительности и улучшения качества жизни неоперабельных больных.

Ключевые слова: печень, желчные протоки, рак внепеченочных желчных протоков, глистная холангиокарцинома, опухоль Клацкина, холангиостомия, фотодинамическая терапия, внутрипротоковая биопсия, рентгенэндобилярные вмешательства.

Долгушин Борис Иванович – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАН, директор НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ. Сергеева Ольга Николаевна – канд. мед. наук, старший научный сотрудник лаборатории интервенционной радиологии, руководитель группы фотодинамической терапии НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ. Францев Дмитрий Юрьевич – ординатор НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ. Кукушкин Андрей Всеволодович – канд. мед. наук, врач лаборатории интервенционной радиологии НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ. Панов Вадим Олегович – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник рентгенодиагностического отделения НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ. Вишке Эдуард Рейнгольдович – доктор мед. наук, руководитель лаборатории интервенционной радиологии НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ. Косырев Владислав Юрьевич – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории интервенционной радиологии НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ. Черкасов Валерий Андреевич – канд. мед. наук, старший научный сотрудник лаборатории интервенционной радиологии НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ. Трофимов Игорь Александрович – врач лаборатории интервенционной радиологии НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ.

Чистякова Ольга Васильевна – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической цитологии отдела патологической анатомии опухолей человека НИИ клинической онкологии ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” МЗ РФ. **Мороз Екатерина Анатольевна** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник патологоанатомического отделения отдела патологической анатомии опухолей человека НИИ клинической онкологии ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” МЗ РФ. **Погребняков Игорь Владимирович** – аспирант НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” МЗ РФ. **Шишкина Нина Анатольевна** – врач лаборатории интервенционной радиологии НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ “РОНЦ им. Н.Н. Блохина” МЗ РФ.

Для корреспонденции: Долгушин Борис Иванович – 115478 Москва, Каширское шоссе, д. 24, ФГБУ “Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина”. Тел.: +7-903-720-47-33. E-mail: dolgushinb@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 14.03.2016.

Синдром Мириizzi – вариабельность течения с двойным блоком желчеоттока

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Салимов У.Р.

АО “Республиканский специализированный центр хирургии им. академика В. Вахидова”;
100115, г. Ташкент, ул. Малая Кольцевая (быв. Фархадская), д. 10, Республика Узбекистан

Описано клиническое наблюдение длительного течения желчнокаменной болезни у пожилого пациента, приведшее к острому калькулезному холециститу, осложненному синдромом Мириizzi I типа, аррозивным кровотечением из пузырной артерии, гемобилией и последовавшим вторичным блоком оттока желчи. Изучен соответствующий материал в базах данных PubMed, Google Scholar и Cochrane Database. Приведены краткий обзор и анализ литературы.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистит, синдром Мириizzi, кровотечение, пузырная артерия, гемобилия, механическая желтуха, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография.

Назыров Феруз Гафурович – доктор мед. наук, профессор, руководитель отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны, директор АО “Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова”, Ташкент. **Девятов Андрей Васильевич** – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны АО “Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова”, Ташкент. **Салимов Умид Равшанович** – младший научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны АО “Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова”, Ташкент.

Для корреспонденции: Салимов Умид Равшанович – 100115, г. Ташкент, ул. Малая Кольцевая (быв. Фархадская), д. 10, АО “РСЦХ им. акад. В. Вахидова”. Тел.: (99890) 925-88-38. E-mail: ussalimov@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 19.05.2016.

Хроника

**Отчет о научно-практической конференции
“Портоэмболизация, лигирование воротной
вены, ALPPS. За и против”
Резолюция конференции
20 ноября 2015 года, Московский клинический научный центр**

Рефераты иностранных журналов

Рефераты иностранных журналов

Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.

Ахаладзе Гурам Германович – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ “Российский научный центр рентгенорадиологии” МЗ РФ.
Ахаладзе Дмитрий Гурамович – канд. мед. наук, заведующий хирургическим отделением №2 ФГБУ “Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова” МЗ РФ.

Для корреспонденции: Ахаладзе Гурам Германович – 115446 Москва, Коломенский проезд, д. 4. Тел.: +7-499-782-30-83.
E-mail: gur371ax@gmail.com